



**DOMANDA DI INCLUSIONE NELLA GRADUATORIA: Specialisti Ambulatoriali, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici, Psicologi) ANNO 2019**

art. 17 dell'Accordo Collettivo Nazionale 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, i veterinari e le altre professionalità (biologi, chimici, psicologi)

**Primo inserimento**

**Aggiornamento**

**LA PRESENTE DOMANDA E' VALIDA PER L'INCLUSIONE IN UNA SINGOLA BRANCA**

All'Azienda USL TOSCANA NORDOVEST  
UOC GESTIONE SPECIALISTI AMBULATORIALI,  
INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI E BORSE DI STUDIO  
Viale Vittorio Alfieri n. 36 – 57124 Livorno

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....)il.....M\_\_F\_\_ Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....  
telefono.....(obbligatorio)  
PEC.....email.....(obbligatoria)

chiede di essere incluso nella graduatoria dei:

- medici specialisti ed odontoiatri: branca di.....CODICE\*.....
- medici veterinari: area.....CODICE\*.....
- biologi .....CODICE\*.....
- chimici .....CODICE\*.....
- professionisti psicologi .....CODICE\*.....
- professionisti psicoterapeuti .....CODICE\*.....

\* riportare le codifiche di branca/area prof.le indicate in calce.

a valere per l'anno 2019 relativamente all'ambito zonale di:

- MASSA CARRARA
- LIVORNO
- LUCCA
- PISA

A tale fine acclude autocertificazione, relativa ai requisiti ed ai titoli valutabili ai fini della graduatoria

Chiede che ogni comunicazione venga inviata al seguente indirizzo:

.....

Data..... Firma per esteso.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DI ATTO NOTORIO  
ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,**

Il sottoscritto....., nato a.....  
(prov.....) il.....M\_\_F\_\_Codice Fiscale.....  
Comune di residenza.....(prov.....)  
Indirizzo .....n.....Cap.....

consapevole delle responsabilità amministrative e penali conseguenti a dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

ai sensi ed agli effetti dell'art. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445:

- di essere cittadino italiano;
- di essere cittadino di altro Paese appartenente alla UE, (specificare).....
- di possedere il diploma di laurea  la laurea specialistica   
in ..... (medicina e chirurgia - odontoiatria e  
protesi dentaria - medicina veterinaria - biologia - chimica - psicologia):
  - diploma di laurea con voto ...../.....  senza lode  con lode, conseguito presso  
l'Università di..... in data...../...../.....;
  - laurea specialistica/magistrale con voto ...../.....  senza lode  con lode  
conseguita presso l'Università di..... in  
data...../...../.....;
- di essere abilitato all'esercizio della professione di.....  
(medico chirurgo - odontoiatra - medico veterinario - biologo - chimico - psicologo)  
in data...../...../..... presso l'Università di.....;
- di essere iscritto all'Albo professionale dei/degli..... (medici  
chirurghi - odontoiatri - veterinari - biologi - chimici - psicologi) presso l'Ordine provinciale  
/regionale di..... dalla data ...../...../.....
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni in:
  - 1) .....  
conseguita il...../...../..... presso l'Università di.....  
con voto...../..... senza lode  con lode
  - 2) .....  
conseguita il...../...../.....presso l'Università di.....  
con voto...../..... senza lode  con lode
  - 3) .....  
conseguita il...../...../.....  
presso l'Università di..... con voto..... senza lode   
con lode

**DICHIARA INOLTRE**

- di non fruire del trattamento per invalidità permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

- di non fruire di trattamento di quiescenza, come previsto dalla normativa vigente;
- di **non essere titolare di incarico a tempo indeterminato di specialista ambulatoriale, veterinario o professionista sanitario con massimale orario pari a 38 ore settimanali;**
- di avere svolto, ai sensi dell'ACN/2015, la seguente attività professionale nella branca specialistica o area professionale, come sostituto, incaricato provvisorio o incaricato a tempo determinato

**(indicare il servizio svolto fino al 31 dicembre dell'anno precedente solo in qualità di specialista ambulatoriale ai sensi dell'ACN/2015):**

BRANCA SPEC/AREA PROF.LE	AZIENDA/ENTE	ORE SETTIMANALI	ORE TOTALI	DAL	AL

Il sottoscritto dichiara altresì, di essere informato, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del presente procedimento.

Data.....Firma per esteso .....

**Allega copia di valido documento di identità.**

## **INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e in relazione ai dati personali oggetto di trattamento:

1. Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti è diretto esclusivamente all'espletamento della formazione della graduatoria valida per l'anno **2019** Il trattamento viene effettuato avvalendosi sia di strumenti cartacei che informatici.
2. Il conferimento dei dati personali risulta necessario per svolgere gli adempimenti di cui sopra e, pertanto, in caso di rifiuto, la S.V. non potrà essere inserita in detta graduatoria.
3. I dati personali saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale dell'Azienda Usl Toscana Nordovest.
4. L'art. 7 del citato Decreto conferisce alla S.V. l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione dei dati; di opporsi in tutto o in parte per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.
5. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati è l'Azienda Sanitaria Usl Toscana Nordovest.

### INFORMATIVA

- La domanda **in bollo** deve essere spedita a mezzo raccomandata A/R o consegnata a mano all'ufficio protocollo dell'Azienda Usl Toscana Nordovest – sede di Livorno (Viale Vittorio Alfieri n. 36 - 57124 Livorno)-, tassativamente, pena esclusione, **dall' 01/01/2018 al 31/01/2018;**

- Per l'accoglimento della domanda farà fede il timbro postale o il timbro apposto sulla domanda dall'ufficio competente se consegnata a mano;

La ricevuta rilasciata dall'ufficio postale o dall'Azienda Sanitaria, se consegnata a mano, saranno gli unici documenti validi da produrre in caso di smarrimento della domanda.

**- L'omissione o l'incompletezza dei dati comporteranno la non attribuzione dei relativi punteggi. L'autocertificazione dovrà pertanto indicare esattamente il numero delle ore di attività svolte, il periodo di svolgimento e l'Azienda/Ente presso la quale è stata svolta l'attività.**

## CODIFICHE BRANCA/AREA DA INSERIRE IN DOMANDA

### CODICE BRANCHE MEDICHE

**CZ01** ALLERGOLOGIA  
**CZ02** ANATOMIA PATOLOGICA  
**CZ03** ANESTESIA E RIANIMAZIONE  
**CZ04** ANGIOLOGIA  
**CZ05** AUDIOLOGIA  
**CZ06** BIOCHIMICA CLINICA  
**CZ07** CARDIOCHIRURGIA  
**CZ08** CARDIOLOGIA  
**CZ09** CHIRURGIA GENERALE  
**CZ10** CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE  
**CZ11** CHIRURGIA PEDIATRICA  
**CZ12** CHIRURGIA PLASTICA  
**CZ13** CHIRURGIA TORACICA  
**CZ14** CHIRURGIA VASCOLARE  
**CZ15** DERMATOLOGIA  
**CZ16** DIABETOLOGIA  
**CZ17** EMATOLOGIA  
**CZ18** ENDOCRINOLOGIA  
**CZ19** FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA  
**CZ20** FISICA SANITARIA  
**CZ21** FISIOKINESITERAPIA  
**CZ22** FONIATRIA  
**CZ23** GASTROENTEROLOGIA  
**CZ24** GENETICA MEDICA  
**CZ25** GERIATRIA  
**CZ26** IDROCLIMATOLOGIA  
**CZ27** IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA  
**CZ28** MALATTIE INFETTIVE  
**CZ29** MEDICINA E CHIR. D'ACCETTAZ. E D'URGENZA  
**CZ30** MEDICINA INTERNA  
**CZ31** MEDICINA DEL LAVORO  
**CZ32** MEDICINA DELLO SPORT  
**CZ33** MEDICINA DI COMUNITA'  
**CZ34** MEDICINA LEGALE  
**CZ35** MEDICINA NUCLEARE  
**CZ36** MEDICINA TRASFUSIONALE  
**CZ37** MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA  
**CZ38** NEFROLOGIA  
**CZ39** NEONATOLOGIA  
**CZ40** NEUROCHIRURGIA  
**CZ41** NEUROFISIOPATOLOGIA  
**CZ42** NEUROLOGIA  
**CZ43** NEUROPSICHIATRIA INFANTILE  
**CZ44** NEURORADIOLOGIA  
**CZ45** OCULISTICA  
**CZ46** ODONTOIATRIA  
**CZ47** ONCOLOGIA  
**CZ48** ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI  
**CZ49** ORTOPIEDIA  
**CZ50** OSTETRICA E GINECOLOGIA  
**CZ51** OTORINOLARINGOIATRIA  
**CZ52** PATOLOGIA CLINICA  
**CZ53** PEDIATRIA  
**CZ54** PNEUMOLOGIA  
**CZ55** PSICHIATRIA  
**CZ56** PSICOLOGIA (MEDICI)  
**CZ57** PSICOTERAPIA (MEDICI)  
**CZ58** RADIODIAGNOSTICA  
**CZ59** RADIOTERAPIA  
**CZ60** REUMATOLOGIA  
**CZ61** SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE  
**CZ62** TOSSICOLOGIA MEDICA  
**CZ63** UROLOGIA

### CODICE AREE PROFESSIONALI (NON MEDICI)

**CZ67** BIOLOGIA (BIOLOGI)  
**CZ68** CHIMICA  
**CZ69** PSICOLOGIA (PSICOLOGI)  
**CZ70** PSICOTERAPIA (PSICOLOGI)

### CODICE MEDICINA VETERINARIA

**CZ64** SANITA' ANIMALE (A)  
**CZ65** IGIENE E TRASFORMAZIONE ALIMENTI (B)  
**CZ66** IGIENE E TRASFORMAZIONE ANIMALE ( C )